



MODELLO C

Modello di autocertificazione dei requisiti di ammissione riservato ai candidati in possesso del diploma ITP (Insegnante tecnico pratico) coerente con le classi di concorso vigenti

Il presente modulo deve essere inserito in Esse3 secondo la procedura informatica prevista dall'art. 3 del bando
entro 31 agosto 2021

Il sottoscritt _____
nat _____ a _____ Prov _____ il ____/____/____
Residente _____ Prov. _____
Via _____ n. _____ Cap _____
Tel. _____ cell. _____ e-mail _____

CHIEDE

di essere ammesso alla prova di accesso per il corso di formazione per il conseguimento della specializzazione per le attività di sostegno didattico agli alunni con disabilità per il seguente ordine di scuola:

scuola SECONDARIA DI PRIMO GRADO scuola SECONDARIA DI SECONDO GRADO

(Si ricorda che è necessario inserire in Esse3 una domanda per ogni ordine di scuola per cui si intende partecipare)

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell'art. 76 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e successive modifiche, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del Codice penale e delle leggi speciali,

DICHIARA

di essere in possesso del seguente titolo di accesso alla classe di concorso _____
come previsto dalla Tabella B allegata al D.P.R. n. 19 del 14 febbraio 2016 aggiornata dalla Tabella A allegata al DM n. 259 del 09 maggio 2017:

Diploma (denominazione): _____ conseguito in data ____/____/____ presso
l'Istituto _____ città _____ Prov. ____ via _____
_____ n. _____ nell'anno scolastico ____/____ con voto ____/____.

Eventuali ulteriori requisiti di accesso alla classe di concorso: _____
_____.

- **di aver svolto almeno tre annualità di servizio, anche non consecutive, su posto di sostegno**

nell'anno scolastico ____/____ per un totale di giorni _____, dal ____/____/____
al ____/____/____. Istituzione scolastica: _____
via _____ n. _____, comune di _____ prov. ____.
Codice meccanografico dell'istituto: _____, e-mail istituto _____.

nell'anno scolastico ____/____/____ per un totale di giorni _____, dal ____/____/____
al ____/____/____. Istituzione scolastica: _____
via _____ n. _____, comune di _____ prov. ____.
Codice meccanografico dell'istituto: _____, e-mail istituto _____.

nell'anno scolastico ____/____/____ per un totale di giorni _____, dal ____/____/____
al ____/____/____. Istituzione scolastica: _____
via _____ n. _____, comune di _____ prov. ____.
Codice meccanografico dell'istituto: _____, e-mail istituto _____.

Dichiara infine

di essere affetto da invalidità pari o superiore all'80% che ai sensi della legge 104/1992 art. 20 .

Data ____/____/____

Il dichiarante* _____

(firma)

* La dichiarazione dovrà essere sottoscritta con firma autografa (sottoscrizione di proprio pugno)

Informativa Privacy

Ai sensi dell'articolo 13 del Reg. UE 2016/679 i dati personali forniti dai partecipanti alla selezione per l'accesso ai corsi di formazione per il conseguimento della specializzazione per le attività di sostegno sono raccolti presso la Segreteria Studenti della Libera Università Maria SS. Assunta, che ha sede in via delle Fosse di Castello n. 7, 00193 Roma.

Tali dati verranno trattati nel rispetto di quanto previsto dal Reg. UE 2016/679, ai soli fini della valutazione dei requisiti di partecipazione alla selezione, pena l'esclusione dalle procedure di selezione. L'informativa privacy completa è disponibile nella sezione del sito web dedicata al bando.
